

PREFEITURA DE
TERESINA

Carimbo do Estabelecimento de Saúde

Protocolo de Encaminhamento

Oncologia 1ª Vez

FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Nome do Paciente (Não abreviar)

RG/CPF

Nº Cartão do SUS

Data de Nascimento / /

Idade

Sexo

MAS

FEM

Nome da Mãe

Raça/Cor

- Branca
- Preta
- Parda

- Amarela
- Indígena
- Ignorada

Endereço: Rua/Avenida/Quadra

Bairro

Complemento

CEP

Município

UF

Telefone

CID-10

1- Paciente tem biópsia? SIM NIC I, NIC II ou NIC III CEC e/ou CBC de pele Outros (Descrição OBRIGATÓRIA do sitio da biópsia e do Laudo Anatomopatológico: _____) NÃO**2 - Caso o paciente NÃO tenha biópsia, o mesmo possui exame de IMAGEM descrevendo lesão sugestiva de tumor primário ou metástase?** SIM. Qual?

- Câncer de Mama
- Câncer de Pulmão
- Câncer Gastrintestinal
- Câncer Ginecológico

- Câncer Próstata/Pênis/Testículo/Bexiga
- Câncer do Sistema Nervoso Central
- Câncer de Paratireóide/Adrenal/Feocromocitina
- Doença Trofoblástica Gestacional

- Câncer de Rim
- Câncer de Cabeça e Pescoço
- Tumor Neuroendócrino
- Câncer de Tireóide

- Melanoma
- Sarcomas
- Mesotelioma/Timoma
- Linfoma

Transcrever resumidamente a conclusão do exame (ou envie a imagem do laudo do exame via GestorSaúde): _____

 NÃO**3 - Caso o paciente NÃO TENHA BIÓPSIA E EXAME DE IMAGEM, qual história clínica sucinta sugestiva do câncer?**

Carimbo/Assinatura do Profissional Solicitante

Data / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Número da Autorização

Local do Atendimento

Data do Atendimento / /

Horário

Carimbo e Assinatura do Marcador